

แบบบันทึกข้อมูลขอขึ้นทะเบียนการเบิกจ่ายยา Abiraterone ในผู้ป่วย Metastatic prostate cancer (ABT-CRPC)

Hcode				
HN		คำนำหน้า		ชื่อ นามสกุล
เลขที่บัตรประชาชน		วันเดือนปีเกิด		เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
ระบบประกันสุขภาพ	☐ สวัสดิการข้าราชการ ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กทม. ☐ กกต. ☐ กสทช. ☐ เมืองพัทยา ☐ ผู้ตรวจการแผ่นดิน ☐ เจ้าหน้าที่ สปสช.			

Weight :	Kg ,	รอบที่ :		ครั้งที่ :	
Comorbid disease :		☐ None ☐ Yes (specify	)		
First diagnosis of metastatic prostate cancer :	Date				
Enrollment type :	☐ New case ☐ On treatment with Abiraterone, started date				
Previous treatment					
Antiandrogen therapy :	☐ No ☐ Yes, specify date -				
GnRH :	☐ No ☐ Yes, specify date -				
Chemotherapy :	☐ No ☐ Yes, specify date -				
Enzalutamide :	☐ No ☐ Yes , date -				
Others : specify		Date		-	
Orchiectomy status :	☐ Yes, date - ☐ No				
Pathological report : date		☐ Adenocarcinoma ☐ Other (spec	)		
ECOG status : date		☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4			
Last PSA : date			ng/ml	Previous PSA : date	
			ng/ml		
Site of metastatic disease :	☐ Bone, specify site(s) ☐ Lung ☐ Liver ☐ Prostate ☐ Brain ☐ Lymph node ☐ other, specify				
Abiraterone dose :		mg.	Frequency :		
Abiraterone dose :		mg/day			
บันทึกเมื่อ					

แพทย์ผู้วินิจฉัย เลข ว		สาขาวิชา		เบอร์โทรศัพท์	
E-mail ที่สามารถติดต่อได้					
ผู้บันทึก ชื่อ		เบอร์โทรศัพท์			
ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา :					

เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน : ☐ เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพของผู้ป่วย ☐ สำเนาเวชระเบียน clinical record
☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด ☐ ผลการตรวจสอบทางรังสีวินิจฉัย ☐ แบบบันทึก Barthel ADL Score

** กรุณาลงข้อมูลให้ครบ หรือ ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมใน "ช่องข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รักษา" ก่อนทำการส่ง เพื่อความรวดเร็วในการตอบกลับ **